Lane Medical Library

Über Neigung Syphilitischer zu Blutungen und ein Fall von Syphilis bei einem Hämophilen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 20. Oktober 1908

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Otto Sichting

approb. Arzt aus Wahlstatt i. Schl.

Assistenzarzt beim 1. Lothringischen Feldartillerie-Regiment Nr. 33.

OPPONENTEN:

Herr Unterarzt Haccius.
- Unterarzt Scharnke.
- Unterarzt Lüning.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Hildebrand.**

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberneigungsyphi0000otto

Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei kachektischen oder an einer konstitutionellen Erkrankung leidenden Individuen die Wandungen der Kapillaren derartig verändert werden, daß sie dem Blutdruck nicht mehr standhalten und zu Hämorrhagien Veranlassung geben können. Dasselbe kann man bei Krankheiten und Zuständen beobachten, bei denen der Blutdruck dauernd oder vorübergehend erhöht wird: so z. B. bei Tetanus, Herzfehlern, Konvulsionen, Pneumonien, Bronchitiden, bei Hustenanfällen und Erbrechen, bei der Asphyxie der Neugeborenen. Auch septische Infektion ist imstande, starke Blutungen hervorzurufen. Ebenso die von Buhl 1861 entdeckte akute Fettdegeneration des Herzens, der Leber und der Nieren.

Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts sind nun auch Fälle von starken Blutungen bei Syphilis beobachtet, die sowohl an der Haut als auch an inneren Organen auftraten. Jenkins erwähnt 7, Grandidier 13, von Ritter 2, Benda 1, von Bärensprung 8 Fälle, bei denen sich bei gleichzeitig bestehender Syphilis ausgedehnte Hautblutungen, Nabelblutungen und Blutungen in innere Organe nachweisen ließen. Behrend und Epstein

jedoch gebührt das Verdienst, als die ersten in den von ihnen beobachteten Fällen den Kausalzusammenhang zwischen diesen Blutungen und der Syphilis festgestellt zu haben. Ersterer unterscheidet eine Purpura syphilitica und eine Omphalorrhagia syphilitica, die mit profusen Blutungen bei zufälligen Verletzungen verbunden sein können. Er berichtet von 3 Kindern, bei denen die vorher erwähnten Blutungen in Verbindung mit anderen sekundär-luetischen Erscheinungen vorkamen, und ist der Ansicht, daß es sich in allen diesen Fällen, die von Zeißl und Basserau mit Syphilis haemorrhagica bezeichnet werden, um eine durch die Syphilis hervorgerufene Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und eine hierdurch bedingte größere Fragilität der Gefäßwände handele. Auch syphilitische Efflore-szenzen können hämorrhagisch werden, wie dies unter anderen von Lang beobachtet wurde. Er rät, diese Hämorrhagieen durchaus ernst zu beurteilen, da wie an der Haut, so auch in inneren Organen, wie Gehirn, Nieren etc. derartige Blutungen auftreten und das Leben des Patienten schwer bedrohen können. So berichtet von Bärensprung von einem syphilitischen Kinde, das 4 Tage alt wurde und bei Lebzeiten außer Ekchymosen an der Haut syphilitische Erscheinungen nicht aufwies. Bei der Sektion zeigten sich zahlreiche Blutflecke an den serösen Häuten der Brust, des Bauches und der Schädelhöhle sowie im Parenchym der Lungen, Nieren, Nebennieren, und ein starker Blutaustritt im Gehirn. Auch Max Runge beobachtete Blutungen bei hereditär-luetischen Kindern.

De Luca sah ein solches Kind, welches mit Pemphigus syphiliticus behaftet war. Am 5. Lebenstage traten Petechien an den Beinen auf, das Exsudat in den Effloreszenzen wurde hämorrhagisch, und es stellten sich heftige Blutungen aus der Magen- und Darmschleimhaut sowie aus der Nabelwunde ein, die am 16. Tage dem Leben des Kindes ein Ende machten. Daß diese Blutungen direkt mit der Syphilis zusammenhängen, bestätigt die Tatsache, daß sie bei mehreren von denselben Eltern, die notorisch syphilitisch waren, stammenden Kindern hintereinander gefunden wurden. Deahna beschreibt folgenden Fall von hämorrhagischer Syphilis bei einem Neugeborenen:

Eine Frau, welche bereits dreimal abortiert hatte, gebar ein anscheinend gesundes Mädchen. Am 4. Tage wurde das Kind unruhig, es trank schlecht, und an den Füßen traten kleine Blasen auf. Beim Baden ließ das Kind die Arme schlaff herabhängen, ohne sie zu bewegen. Am 6. Tage war die Nabelschnur abgefallen, Hände und Füße waren leicht ödematös geschwollen, an den Fußsohlen und der rechten großen Zehe lag das Corium bloß, während sich an Nasenwurzel, Fingern und Ohren Bläschen mit wasserhellem Inhalt fanden. Die Beine waren frei beweglich, jedoch die Arme gelähmt. Die Atmung erschien frei, auch an den inneren Organen konnte ein krankhafter Befund nicht erhoben werden. Die Behandlung bestand in Sublimatbädern. In den nächsten Tagen zeigten sich neue Blasen, die Blasen an den Ohrmuscheln konfluierten. Ihr Grund wurde geschwürig, die Blasen platzten, so daß das Corium freilag.

Bald traten auch an den Lippen dunkelschwarze Krusten auf, unter denen sich normales Gewebe zeigte. Aus der Lippen- und Mundschleimhaut rieselte unaufhörlich frisches Blut, ebenso aus mehreren Stellen der der Epidermis entblößten Haut. Hierzu kamen am 10. Tage an beiden Unterschenkeln zahlreiche kleinere und größere Ekchymosen, zwei kleine auch an der Conjunctiva des linken Auges. Das rechte Knie schwoll an, das Kind schrie fortgesetzt, am 13. Tage machten schon zwei Tage anhaltende Blutungen aus dem Nabelhöcker und allen erwähnten Stellen dem Leben des Kindes ein Ende.

Dieser Fall steht zugleich im Widerspruch mit der Ansicht Behrends, die hämorrhagische Form der hereditären Syphilis betreffe vorwiegend Syphilis jüngeren Datums.

Die Syphilis haemorrhagica hereditär syphilitischer Kinder gehört nicht zu den Seltenheiten. So fand Mračeck bei 132 Leichen solcher Kinder bei einem Drittel Blutaustritte geringeren Grades, bei einem Siebentel multiple leichte, mitunter auch schwere Blutungen.

Handelte es sich in allen bisher erwähnten Fällen vorwiegend um hereditäre Syphilis bei Kindern, so ist doch hinzuzufügen, daß auch bei der erworbenen Syphilis Erwachsener mehr oder weniger große Blutungen vorkommen. So beschreibt Bältz 1876 einen ähnlichen Fall bei einem Erwachsenen, und auch Behrend erwähnt einen solchen bei einem Manne, bei dem sich neben gummöser Syphilis auch ausgedehnte Suggillationen am linken Arme vorfanden. Ebenso beobachtete Aimar drei derartige Fälle, wo neben den übrigen sekundären

Erscheinungen auch Blutungen vorkamen. Er ist der Ansicht, daß Alkoholismus, Varicen, schlechter Allgemeinzustand das Entstehen derartiger Blutungen begünstigen.

In seiner Arbeit „Syphiloderma haemorrhagica adultorum“ führt Piccardi einen 38jährigen Kranken an, bei dem sich anamnestisch weder frühere Allgemeinerkrankungen noch irgend welche Neigung zu Hämophilie ermitteln ließen. Bis auf überstandene Gonorrhöe war er stets gesund. Die körperliche Untersuchung ergab außer Varicen an den Unterschenkeln nichts Krankhaftes. Jedoch befand sich am Geschlechtsgliede ein Schanker, der seiner Beschaffenheit nach sowie mit Rücksicht auf die bestehende gänzlich schmerzlose Schwellung der Inguinaldrüsen und in Anbetracht der Dauer der Inkubation — er war 15 Tage nach dem letzten Coitus aufgetreten — als ein syphilitischer Primäraffekt angesprochen werden mußte. Dieser heilte unter lokaler Quecksilberbehandlung nach 20 Tagen unter Hinterlassung einer harten, pigmentierten, gut umschriebenen Narbe. Zwei Monate später stellte sich der Kranke wieder vor, als die sekundären Erscheinungen schon vollkommen ausgeprägt waren. Die äußere Haut wies ein papulöses Exanthem auf, und an den Seiten sowie auf dem Rücken ließen sich konische, dunkelrote, lichenartige Papeln feststellen, welche stecknadelkopf- bis hirsekorngroß waren (Lichen syphiliticus). Vor allem an den Unterschenkeln sah man bis linsengroße Papeln, welche zu den bestehenden Varicen keine deutlichen Beziehungen zeigten. „Je nach dem Stadium ihrer Entwicklung konnte man an ihnen alle die verschiedenen

Färbungen von Blutaustritten bemerken: vom lebhaften Rot über Dunkelrot bis Blau und Schwärzlich. Sie waren zumeist rund, vom gesunden Gewebe scharf abgegrenzt, über das sie sich 3—4 mm hoch erhoben, hart anzufühlen; bei Fingerdruck änderten sie sich nur wenig, sie fanden sich meist zerstreut, und nur an wenigen Stellen konfluierten zwei oder drei miteinander.“ Der sehr kachektisch aussehende Mann klagte über heftige Kopf- und rheumatische Schmerzen, zu denen noch eine Iritis specifica hinzukam. Unter lokalen Calomel-Traumaticin-Pinselungen sowie Sublimatinjektionskuren, die mit innerlicher Darreichung von Jodkali abwechselten, schwanden die Erscheinungen vollkommen.

Dieser Fall, bei dem innere Blutungen nicht beobachtet wurden, wird uns nachher bei den bei diesen Blutungen bestehenden pathologischen Veränderungen noch beschäftigen. Auch er zeigt uns, daß auch die erworbene Syphilis imstande ist, Neigung zu Blutungen hervorzurufen. Hierfür bietet auch folgender Fall, der auf der Nervenstation der Königlichen Charité beobachtet wurde, und für dessen Überlassung ich Herrn Geheimrat Ziehen an dieser Stelle meinen Dank ausspreche, einen weiteren Beleg:

Am 29. IX. 1906 wurde auf die genannte Abteilung eine 23jährige Verkäuferin aufgenommen. Ein Onkel von ihr war geisteskrank, ihre Mutter herzkrank. Im übrigen bestand keine erbliche Belastung. An früheren Krankheiten hatte sie Masern, Diphtherie, Lungenentzündung, Bleichsucht und Gelenkrheumatismus überstanden. Vor 3—4 Jahren will sie doppelt gesehen

haben. Eine Geschlechtskrankheit wurde anfangs hartnäckig abgestritten; später gestand Patientin ein, daß sie 1901 ein Geschwür an den Genitalien gehabt habe, welches der Arzt für syphilitisch erklärte. In der Familienanamnese findet sich kein Anhalt für Hämophilie, auch will Patientin nie irgend welche Neigung zu Blutungen an sich bemerkt haben. Pfingsten 1906, also ungefähr ¼ Jahr vor ihrer Aufnahme in die Charité, trat plötzlich über Nacht eine Facialislähmung auf, die mit heftigen Kopfschmerzen, Schwindel und häufigem Erbrechen einherging. Die Kranke konnte das rechte Auge nicht bewegen, das Auge wurde rot, auf der Hornhaut zeigten sich angeblich kleine Bläschen. Sie suchte eine Klinik auf. Dort wurde sie elektrisiert, erhielt Atropineinträufelungen in das erkrankte Auge und nahm innerlich 2 Flaschen salziger Medizin (Jodkali?). Die Facialisparese und der Reizzustand des Auges besserten sich unter dieser Therapie bedeutend. Seit 2 Wochen jedoch wurden die Kopfschmerzen fortgesetzt schimmer, so daß sie sich genötigt sah, die Poliklinik für Nervenkranke in der Charité aufzusuchen, wo ihr Aufnahme auf der Nervenstation anempfohlen wurde.

Sie ist eine zierlich gebaute, blasse Person. Die Herzgrenze ist etwas nach links verbreitert, der Spitzenstoß ist hebend. An der Spitze hört man ein lautes, blasendes systolisches Geräusch, der 2. Pulmonalton ist verstärkt, der Befund der übrigen inneren Organe zeigt nichts Abweichendes vom Normalen. Der Geruchssinn ist nicht gestört. Die Pupillen sind ungleich. Die Augenbewegungen sind frei, beim Blicke nach links und

rechts besteht geringer Nystagmus. Es besteht beiderseits Neuroretinitis mit Schwellung der Papillen und rechts deutlichen Veränderungen in der Maculagegend. Rechts geringer Lagophthalmus. Pupillenreaktion beiderseits sehr trübe.

$$R + 1\,DS = {}^{5}/_{15}\ 0{,}75 \text{ in } 25 \text{ cm}$$
$$L + 1\,DS = {}^{5}/_{10}\ 0{,}5 \text{ in } 25 \text{ cm}$$

Rechte Lidspalte größer als die linke. Stirnfacialis intakt. Augenschluß rechts unvollständig, Nasolabialfalte rechts etwas verstrichen, Flüstersprache beiderseits 5 m. Im übrigen ergibt die Prüfung des Nervensystems bei der Aufnahme nichts Abweichendes vom Normalen. Zeichen von Syphilis sind bei der körperlichen Untersuchung nicht zu konstatieren.

Zwei Tage nach der Aufnahme ist Babinsky beiderseits deutlich positiv, Achillessehnenreflex links positiv, rechts negativ. Es besteht schnellschlägiger, rotatorischer Nystagmus beim Seitwärtssehen.

Am 6. X. 1906 wurde vormittags um 10 Uhr wegen bestehender Zahnschmerzen der erste linke Prämolarzahn des Oberkiefers extrahiert und ein Tampon in die Wunde eingelegt. Nachmittags 5 Uhr tritt eine starke Blutung aus dieser Wunde ohne jede äußere Veranlassung auf, bei der Patientin ungefähr 10 ccm Blut verliert. Nach Tamponade nimmt diese Blutung wesentlich ab und steht nach Einführung von Penghawar Djambi vollkommen. Über Nacht tritt hier und da noch leichtes Bluten ein, ebenso am folgenden Morgen. Von 10 Uhr ab völliger Stillstand der Blutung. Der Tam-

pon bleibt liegen. Die Patientin befand sich über Mittag ganz wohl, nachmittags gegen ½4 Uhr tritt ganz plötzlich Kollaps ein, die Atmung wird stockend, der Puls klein und beschleunigt. Eine erneute Blutung ist nicht aufgetreten. Die Patientin verliert bald das Bewußtsein vollkommen, und um 7 Uhr abends tritt der Tod ein.

Die starke, lang dauernde Blutung nach der Zahnextraktion ließ die Vermutung einer bestehenden Hämophilie, die nervösen Symptome und der früher diagnostizierte Primäraffekt — die Eltern gaben übrigens nach dem Tode auch sekundär-syphilitische Erscheinungen zu — den Verdacht auf Lues cerebri aufkommen. Die Sektion sollte darüber Klarheit schaffen. Sie wurde denn auch am 8. vorgenommen. Hierbei wurde im linken Seitenventrikel wenig, im rechten viel frisch geronnenes dünnflüssiges Blut gefunden. Ein apfelgroßer Klumpen fand sich an Stelle des erweichten Corpus striatum. Im 3. und 4. Ventrikel sah man ebenfalls ein wenig frisch geronnenen Blutes. Die Zerlegung der Großhirnhemisphären ergibt keine Besonderheiten. Im Pons sind punktförmige, feinste schwarzrote Flecke, ebensolche, etwas größere, liegen in der Pia, an der Basis des Pons und der Medulla oblongata. Die Arteria fossae Sylvii mit ihren Ästen zeigt normales Verhalten. Am Rückenmark finden sich auf der Hinterfläche der Pia im unteren Cervikal- und mittleren Dorsalmark 2—3 cm lange schwarzrote Flecke. Die Wurzeln sind nicht ganz weiß, im übrigen ist die Rückenmarksubstanz nicht krankhaft verändert.

Bei diesem Falle sind die Blutungen im Gehirn und Rückenmark zweifellos auf Syphilis zurückzuführen. Bei einem Menschen in diesem Alter, der einen Unfall, durch den etwa Gefäßzerreißungen herbeigeführt sein könnten, nicht durchgemacht hat, kommt eine andere Ätiologie als die Lues nicht in Betracht. Die geringen sekundär-syphilitischen Erscheinungen, von denen die Eltern berichteten, sind kein Grund dagegen. Im Gegenteil, man könnte auch hierdurch wiederum die Anschauung bestätigt finden, daß Syphilis, die gar keine oder nur geringe Sekundärerscheinungen hervorruft, gerade im tertiären Stadium zu schweren pathologischen Veränderungen Veranlassung geben kann. Was nun die Blutung nach der Zahnextraktion anbetrifft, so ist sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf die Syphilis zurückzuführen, da die Patientin vor ihrer Erkrankung eine Neigung zu Blutungen nicht gehabt hat, eine erbliche Belastung hinsichtlich der Hämophilie nicht besteht, und diese wohl auch bei Frauen äußerst selten vorkommt. In welcher Weise die Blutungen zu erklären sind, ob in einer anormalen Zusammensetzung und dadurch bedingten Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes, ob in einer primären pathologischen Veränderung der Gefäßwände oder in einer infolge der pathologischen Blutbeschaffenheit sekundär entstandenen Veränderung derselben, darüber soll an anderer Stelle die Rede sein.

Die Syphilis ist zwar imstande. ein Krankheitsbild hervorzurufen, welches der Hämophilie sehr ähnlich, aber doch von ihr zu trennen ist. Hämophilie ist ein

Leiden, welches, meist erblich oder angeboren, Blutungen bei zufälligen Verletzungen hervorruft, während bei Syphilis diese spontan auftreten können. Die bei hämophilen Kindern auftretenden Nabelblutungen finden zumeist vor Abfall der Nabelschnur statt, was bei Syphilis nie der Fall ist.

Ererbt oder erwirbt ein mit Hämophilie erblich belastetes oder zu dieser Erkrankung neigendes Individuum eine Syphilis, so ist dies natürlich eine sehr gefährliche, leicht letal endende Komplikation. In der mir zugänglichen Literatur habe ich nur einen derartigen Fall gefunden. Und zwar berichtet Ehrenhaus von einem Kinde, welches von einer syphilitischen Mutter stammte, und dessen Großvater und Onkel mütterlicherseits hämophil waren. Dieses Kind hatte äußerst starke Nabelblutungen und starke Blutungen nach Durchschneidung des Zungenbändchens, welche aus einem mir unbekannten Grunde vorgenommen wurde, und ging an diesen Blutungen schließlich zugrunde.

Welche Ausdehnung diese Blutungen bei einem hämophilen Erwachsenen, der eine Syphilis erwirbt, erreichen können, darüber soll ein Fall Auskunft geben, der in der Klinik für Geschlechtskranke der Königlichen Charité beobachtet wurde, und den ich mit der gütigen Erlaubnis dieser Klinik hier veröffentlichen will.

Dieser Fall bietet so viel Interessantes, daß ich eine möglichst genaue Krankengeschichte folgen lasse.

Am 1. Dezember 1905 wurde in die genannte Klinik ein 22 jähriger Kellner mit der Diagnose Lues II aufgenommen. Sein Vater war nach 10 jähriger Krankheit

an Schwindsucht, die er sich als Steinbildhauer zugezogen hatte, im Jahre 1901 gestorben. Sonst ist Schwindsucht in seiner Familie nicht vorgekommen. Seine Großmutter väterlicherseits ist 80 Jahre alt und gesund. Sein Großvater starb als alter Mann. Die Geschwister seines Vaters erfreuen sich ebenfalls der besten Gesundheit. Von den Geschwistern des Patienten starb eine Schwester im Alter von 12 Jahren. Über die Todesursache weiß er nichts anzugeben. Ebenso wurde ein Bruder des Patienten nur ein halbes Jahr alt, er starb an den Folgen einer Magenkrankheit. Zwei Schwestern sind in der Wirtschaft der Mutter beschäftigt und völlig gesund. Sie stehen im Alter von 22 und 15 Jahren und sind größer und kräftiger als Patient. Bluter ist keiner seiner Verwandten. Der Kranke selbst, der in frühester Kindheit dick und kräftig war, wurde infolge einiger Kinderkrankheiten schwächlich. Während seiner Schulzeit will er mehrere Male Diphtherie gehabt haben und als kleines Kind des öfteren an Masern erkrankt gewesen sein. Während dieser Krankheit traten angeblich rote Flecke auf, die mehrere Tage bestehen blieben, ohne indessen ein schweres Krankheitsgefühl veranlaßt zu haben. Im Alter von 12 Jahren litt er an einer Ohrspeicheldrüsenentzündung. Da er als 14jähriger Knabe sehr schwächlich war, verließ er die Schule und lebte zu seiner Kräftigung bei seiner Mutter auf dem Lande. Schon als 15jähriger Kellnerlehrling beobachtete er, daß er selbst bei kleinen Verletzungen stark blutete, bei Zahnziehen oft tagelang. Die Zähne waren seitdem sehr schlecht, neun mußten gezogen werden, da die Kronen abgebrochen

waren. Sonst fühlte er sich leidlich kräftig und konnte nicht allzu schweren Dienst gut verrichten.

Im Mai 1904 erkrankte er an einem Tripper, der in Meißen durch Einspritzungen einer roten Flüssigkeit behandelt wurde. Zirka 5 Wochen, nachdem der Ausfluß nachgelassen hatte, trat eine sehr schmerzhafte intensive Rötung und Schwellung des linken Unterarmes auf, welche bis zum Ellenbogengelenke nach oben und bis zum Mittelhandfingergelenke nach unten reichte. Zugleich waren die Drüsen der Achselhöhle und der Innenseite des Oberarmes stark angeschwollen und druckempfindlich. Eine Wunde an der Extremität will Patient vorher nicht bemerkt haben, ebenso soll Fieber nicht vorhanden gewesen sein. Die ärztliche Diagnose lautete: Zellengewebsentzündung. Er wurde mit feuchten Verbänden behandelt. Die Schwellung bestand 10 Tage. Während dieser Zeit war Patient völlig arbeitsunfähig. Bald darauf stellten sich Schmerzen und allmählich auch eine Schwellung im rechten Fußgelenke ein. Er arbeitete noch 3 Wochen, war aber gezwungen, aufzuhören, da er den Stiefel nicht mehr anziehen konnte. Er wurde in Dresden und in Görlitz behandelt. Die Schwellung bestand $^1/_4$ Jahr. Dann war das vorher völlig steife Fußgelenk wieder gänzlich beweglich. Seitdem war er bis zu seiner jetzigen Krankheit völlig gesund.

Jetzige Krankheit: Letzter Coitus vor 8 Wochen; der letzte vor diesem liegt ein halbes Jahr zurück. Vier Wochen nach dem letzten Coitus verspürte Patient ein Jucken am Bändchen und bemerkte eine Schwellung der Vorhaut in der Umgegend und eine Durchlöcherung

desselben. Ein Arzt durchtrennte dasselbe. Dadurch kam ein Geschwür zum Vorschein, welches mit Jodoformgaze verbunden wurde. Gleichzeitig trat eine schmerzhafte Schwellung der rechten Leistendrüsen und eine schmerzlose der linken Seite auf. Die Schmerzen ließen ohne Behandlung nach 8 Tagen nach, während die Drüsenschwellung bestehen blieb. Eine Rötung der Haut hat Patient nicht bemerkt.

Geblutet hat er damals nicht.

Vor 3 Tagen begann abends im Bett ohne jede Veranlassung das Zahnfleisch über der Wurzel des linken unteren ersten Molars plötzlich zu bluten. Das Bluten hörte trotz Gurgelns nur kurze Zeit auf, kam aber bald in verstärktem Maße wieder. Der Zahnarzt bezeichnete als Ursache eine Stelle im Unterkiefer, die durch das Gebiß des Oberkiefers beständig gereizt sein sollte. Er zwickte ein Stück vom Zahn ab. Hierdurch entstand eine erhöhte Blutung, die er nicht stillen konnte. Der Zahnarzt riet ihm, einen Arzt aufzusuchen, da er ihn für einen Bluter hielte. Am nächsten Tage nahm Patient ein Bad und bemerkte hierbei, daß der Verband und das Geschwür am Bändchen etwas durchgeblutet war. Nach dem Bade trat eine starke Blutung aus dem Geschwür auf. Die Blutung im Munde bestand noch, war aber geringer geworden. Gleichzeitig bemerkte er Flecke am Rumpf, welche an der Brust dunkelrot und auf dem Bauche rosa aussahen. Sein früherer Arzt, den er aufsuchte, diagnostizierte Syphilis und verwies ihn in ein Krankenhaus. Inzwischen hatten sich auf der Unterlippe Blutborken gebildet, und es war eine Schwellung derselben eingetreten.

Befund: Mittelgroßer Mann von schwächlichem Körperbau, wenig entwickeltem Fettpolster und Muskulatur. Es finden sich vielfach Zeichen einer überstandenen Rhachitis. Lungen und Herz zeigen nichts Abweichendes vom Normalen. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang unregelmäßig, angehalten. Lippen, besonders die Unterlippen, mit blutigen Borken bedeckt, darunter schmierig belegte, graue, rundliche, leicht erhabene, scharf begrenzte Effloreszenzen, 2 an der Unterlippe, 1 links an der Oberlippe. Daneben befinden sich kleine Rhagaden. Aus diesen sowie auch aus den Plaques geringe, aber andauernde Blutung, die vorübergehend steht, bei der geringsten Verletzung der Borken jedoch wieder beginnt. Die hauptsächlichste Blutung stammt aus der Gegend des linken ersten Molars, der als Wurzel noch steht. Die Zähne des Oberkiefers fehlen bis auf 5, Patient trägt ein Gebiß. Die Zunge ist dick belegt. Wangenschleimhaut und Rachenorgane, soweit bei dem blutigen Speichelüberzug zu sehen, ohne Veränderung. Urin: Klar, frei von Eiweiß und Zucker. Leber und Milz nicht vergrößert. Genitalien: Das Frenulum ist durch ein mäßig induriertes Geschwür zerstört. Dieses erstreckt sich an der Unterfläche der Eichel rinnenförmig vom Sulcus coronarius nach vorn bis zur Urethralmündung und geht an der hinteren Kommissur der letzteren in die Urethra über. Proximal von diesem Geschwür befindet sich ein linsengroßes, stärker infiltriertes; aus beiden mäßig starke Sekretion. Das dorsale Lymphgefäß ist stricknadeldick. Die Drüsen sind teilweise bis Bohnengröße geschwollen.

Haut: Rumpf und Oberarm bedeckt mit nicht sehr dicht stehenden, linsen- bis erbsengroßen Roseolen. Daneben, besonders auf der Brust, oberhalb der Brustwarzen, am meisten über dem Sternum, zahlreiche frischrote und auch schon dunklere Blutextravasate in die Haut von verschiedener Form; meist sind die Flecke unregelmäßig, länglich, dem Aussehen nach Kratzeffekten ähnlich, wieder andere sind punktförmig. Auch am Oberarm sind mehrere Blutextravasate, meist von der Form traumatischer Hämorrhagien.

Behandlung: Mundpinseln mit 3 proz. Chromsäure, Gurgeln mit Kalium chloricum, vom 3. XII. bis 6. XII. täglich 2 Mergalpillen, am 7. und 8. je 4, zusammen 18 Mergalpillen.

5. XII. Patient fühlt sich subjektiv leidlich wohl, klagt nur über Schwäche. Blutungen geringer, keine Beschwerden, die auf Quecksilber zurückzuführen wären. An den Unterschenkeln eine Reihe stecknadelkopf- bis halblinsengroßer Hämorrhagien, vereinzelt auch an den Oberschenkeln. Auch auf dem Fußrücken dichtstehend eine große Zahl frischer Extravasate, meist punktförmig. An dem Rumpf und den oberen Extremitäten vereinzelte Nachschübe von Hämorrhagien. Syphilitische Erscheinungen der Haut und Schleimhaut wenig verändert. Aus den Papeln an den Lippen wieder stärkere Blutungen.

8. XII. Vereinzelte frische Petechien, besonders an den unteren Extremitäten. Rückbildung der Hämorrhagien an der Brusthaut, unter den bei Resorption von Blut eintretenden Farbenveränderungen. Seit gestern

auch Blutungen aus den Schankergeschwüren. Blutungen aus den Plaques stärker. Heute heftiges Nasenbluten und wieder Eintritt von Blutungen aus dem Zahnfleisch, die in den letzten Tagen nachgelassen hatten.

9. XII. Über Nacht sind stärkere Blutungen aufgetreten. Urin: trübe, dunkelrot gefärbt, im Sediment zahlreiche Erythrocyten, keine Formelemente aus den Nieren. Albumen stark positiv. Blutig gefärbter Stuhlgang. Aussetzen der Quecksilberbehandlung, Verlegung auf ein quecksilberfreies Zimmer.

10. XII. Appetitlosigkeit. Blutungen auch aus den inneren Organen unverändert.

11. XII. Die Blutungen lassen nach. Urinbefund unverändert. Stuhlgang weniger blutig. Roseola blaßt ab.

12. XII. Auf dem Augenhintergrund sind Blutungen nicht zu sehen. Die Blutuntersuchung ergibt: Mäßige Anämie mit posthämorrhagischer Leukocytose. 4 200 000 Erythrocyten, 13 000 Leukocyten, 70 Proz. Hämoglobin. Rote Zellen ohne Besonderheiten; weiße:

78 Proz. polynukleäre Neutrophile
14 - kleine Lymphocyten,
3 - große -
3 - Übergangsformen
2 - Eosinophile

13. XII. Urin fast klar, kein Blut, kein Albumen. Stuhlgang von normaler Beschaffenheit und Farbe.

14. XII. Roseola bis auf wenig braune Flecke abgeblaßt. Die Hämorrhagien an dem Rumpf bilden sich zurück, desgleichen diejenigen an den unteren Extremitäten; hier sind einige wenige noch hinzugetreten. Auf

den Unterlippen noch einige Borcken, an beiden Mundwinkeln sind nur noch wenige Plaques deutlich, scharf gegen die Umgebung abgesetzt und erhaben, von Linsengröße. Im übrigen ist die Lippenschleimhaut intakt. Allgemeinbefinden besser, Appetit hebt sich, Schlaf noch gestört, der linsengroße Schanker an der Vorhaut vernarbt. Das rinnenförmige Ulcus blutete nur noch bei Betupfen.

15. XII. Täglich 1 Gramm Jodkali, weiße Präzipitatsalbe auf die Lippen.

21. XII. Roseola völlig geschwunden, Hämorrhagien in Rückbildung begriffen, Plaques an der Oberlippe abgeheilt, an der Unterlippe wesentlich kleiner. Allgemeinbefinden gebessert.

27. XII. Heute tritt ein neues Exanthem auf, und zwar zeigen sich an den oberen Extremitäten und auf dem Rücken sowie auf dem Gesäß, ganz vereinzelt auch an der Brust und den Oberschenkeln hirsekorngroße frische Papeln.

30. XII. Urin von normaler Beschaffenheit, Exanthem deutlicher, vermehrt. An den Unterschenkeln Residuen der Petechien. Im Gesicht, besonders auf den Wangen und der Umgegend der Mund- und Nasenöffnung, zahlreiche rotbraune Flecke und Papeln. Jodkali aussetzen.

31. XII. Beginn einer Schmierkur, $2^1/_2$ Gramm täglich. Beim Baden wiederum geringe Blutungen aus dem Schanker, die aber bald standen.

5. I. An der Schleimhaut des Mundes, besonders an dem Zahnfleisch der unteren Schneidezähne, leichte Auflockerung und Schwellung.

11. I. Heute nach Nasenschnauben geringes Nasenbluten, das ziemlich lange anhielt, auf Tamponade dann aber sofort stand. Die syphilitischen Erscheinungen sind bedeutend zurückgegangen. Nur auf den oberen Extremitäten noch braune, kaum infiltrierte Effloreszenzen als Reste von Papeln.

17. I. Da halbe Schmierkur gut vertragen, jetzt volle Schmierkur von 5 Gramm täglich.

27. I. Hautsyphilid geschwunden, mäßige Stomatitis, größtenteils durch kariöse Zähne begünstigt, seit der Aufnahme 11 Pfund zugenommen.

12. II. Patient hat die Kur sehr gut vertragen. Blutungen sind nicht mehr aufgetreten. Die körperliche Untersuchung ergibt keinerlei Zeichen von Syphilis. Er wird heute entlassen.

Der Mann, der unsern Fall darstellt, ist zwar nicht in bezug auf seine Hämophilie erblich belastet, hat jedoch häufig schon bei kleinen Verletzungen stark geblutet, bei Zahnziehen oft tagelang. Er hat also schon vor seiner Infektion mit Syphilis eine starke Neigung zu Blutungen gehabt, ist also hämophil. Durch die syphilitische Infektion ist nun die Neigung zu Blutungen viel stärker hervorgetreten.

Man könnte nun einwenden, daß die im Verlaufe der Krankheit aufgetretenen Petechien am Körper, der blutige Urin, die Zahnfleischblutungen und der blutige Stuhl Erscheinungen wären, die auf das Quecksilber zurückzuführen sind. Denn auch bei Quecksilberintoxikation sind derartige Blutungen beobachtet worden. Aber

einmal könnte man sagen, daß so geringe Quecksilbermengen, wie sie der Patient bekommen hat, wohl schwerlich eine derartig große Wirkung hervorrufen könnten, dann aber liegen ja doch die ersten Blutungen — die äußerst starke Blutung aus dem Zahnfleisch und die ebenfalls sehr starke Blutung aus dem Primäraffekt — schon vor jeder Quecksilberbehandlung. Schließlich spricht auch der Umstand gegen diesen Einwand, daß zum Schluß das Quecksilber auf die Blutungen einen direkt heilenden Einfluß gehabt hat. Mit dem Schwinden der syphilitischen Erscheinungen gingen unter der Quecksilberbehandlung auch die Blutungen zurück — ein Beweis, daß die Blutungen ebenfalls Erscheinungen der Syphilis waren und infolge der Komplikation mit der Hämophilie verstärkt wurden.

Leider ist der Mann seit seiner Entlassung nicht mehr zu ermitteln. Es wäre interessant zu erfahren, ob Rezidive ebenfalls Blutungen bei ihm hervorgerufen haben, oder welcher Art sich etwa tertiäre Erscheinungen bei ihm geltend machen.

Wie sind nun diese Blutungen zu erklären? Die übergroße Mehrzahl der Autoren führt sie auf Gefäßveränderung zurück. Oedmannson wies nach, daß bei Nabelblutungen neugeborener hereditär-syphilitischer Kinder die Nabelgefäße erkrankt sind. E. Schütz sah in der Leiche eines hereditär-syphilitischen Kindes, das eine Viertelstunde nach der Geburt gestorben war, krankhafte Veränderungen in den kleinen Arterien: Die Intima war normal, die Muscularis hypertrophisch, die Adventitia konzentrisch verdickt, und in dem die letztere umgebenden Bindegewebe fand sich Zelleninfiltration. Diese

pathologischen Veränderungen in den Gefäßen zeigten sich in der Haut, dem subkutanen Gewebe, den Nieren, der Leber und dem intramuskulären Bindegewebe. Außerdem bestand Hydrops, adhäsive Peritonitis, Induration des Pankreas und Vergrößerung der Milz. Die größeren Gefäße waren normal. Im übrigen haben Mračeck, Fischl und Piccardi eingehende Untersuchungen hierüber angestellt. Die beiden ersten haben hereditärsyphilitische Kinder, letzterer einen Erwachsenen mit erworbener Lues ihren Untersuchungen zugrunde gelegt.

Mračeck fand, wie schon erwähnt, bei der Sektion von 132 von syphilitischen Eltern stammenden Kindern bei $^1/_3$ Blutaustritte verschiedener Art, bei 23 Fällen waren die Blutaustritte nur auf wenige Körperstellen oder einzelne Organe beschränkt, bei 19 Fällen fanden sich allgemeine Hämorrhagien. Er bezeichnet die ersterwähnten als Fälle von „Blutungen bei Syphilitischen", die letzten 19 als „Syphilis haemorrhagica neonatorum" oder eigentliche „hämorrhagische Diathese infolge von hereditärer Syphilis". Alle diese Fälle sind seziert und genauer untersucht worden. Auf Grund dieser Untersuchungen gelangt er zu der Ansicht, „daß das Gefäßsystem in gewissen Organen zuerst erkrankt, jedoch bald mit der Erkrankung der Parenchyme sich vereinigt, hingegen an anderen Stellen lange Zeit hindurch als das einzig krankhaft veränderte Gebilde bestehen bleiben kann". Welcher Art ist nun die Gefäßerkrankung? An durch Blutaustritt bezeichneten Stellen sah Mračeck, daß vorwiegend die kleinen und mittleren Venen erkrankt waren. Die Wandung war kernreicher und verdickt,

mitunter sogar deutlich angewuchert. Das Lumen war verengt, manchmal auch verschlossen, nur wenig oder gar kein Blut enthaltend. Die Größe der Blutaustritte war von dem Grade der Wandverdickung und Lumenverengerung abhängig, derart, daß bei geringen Graden die Blutung nur gering, bei stärkeren größer war. Die Kapillaren, welche in der Nähe des erkrankten Gefäßes lagen bzw. in dasselbe einmündeten, waren ohne sichtbares Lumen, die entfernteren Kapillarnetze stark mit Blut gefüllt. Die stark injizierten, weniger erkrankten Venen zeigten auf Gefäßdurchschnitten häufig deutliche Stase mit charakteristischen Blutkörperchenveränderungen. Die mittleren Arterien wiesen eine Wandzunahme ohne Infiltration in der Adventitia auf, an der sich in höheren Graden auch die Media beteiligte. Auch in der Adventitia größerer Gefäße fanden sich zahlreiche Ekchymosen. Dort waren die Vasa Vasorum kernreicher, nicht selten durch eine deutliche perivaskuläre Infiltration ausgezeichnet.

Aus makroskopischen und mikroskopischen Befunden stellt er über den Ort und die Häufigkeit der Blutaustritte folgende Tabelle auf:

Haut- und Unterhautzellgewebe 19,
Lungen und Pleura 18,
Herz und Perikardium 10,
Gehirn und seine Häute, Schädeldecke, intermuskuläres Zellgewebe, Nieren je 7,
Adventitia der Carotis 7,
Andere große Gefäße 6,
Leber 6,

Magenwand 5,
Darmwand und Thymus, Hoden, Samenstrang, Portalgefäße und Umbilikalvene je 4,
Retroperitoneales Zellgewebe 3,
Netz, Medulla oblongata, Schleimhaut der Mundhöhle, Knochen und Periost je 2,
Pankreas, Adventitia der Cava je 1.

„Die angeführten Blutaustritte waren Ekchymosen von Hirsekorn- bis Linsengröße und darüber, striemenförmig längs der erkrankten Gefäße und in deren Nähe abgelagert. Das Blut trat per Diapedesim aus Kapillaren und kleinen Venen aus. Selten fehlte, wie es beim Zustandekommen solcher Blutungen notwendig zu sein scheint, die Hyperämie oder selbst Stase in den weniger erkrankten benachbarten Gefäßen." Auch große Blutungen, die nur durch Rhexis größerer Gefäße entstanden sein konnten, wurden beobachtet. Mračeк erklärt diese großen Blutungen so, daß er als das Primäre die Gefäßerkrankung, die äußere Gewalt als nächstveranlassende Ursache der Gefäßrupturen hinstellt. Unter den 3 Fällen von Nabelblutungen, die Mračeк beschreibt, findet sich auch eine jauchige Nabelentzündung, die bei luetischen Kindern häufiger als bei anderen vorkommen soll. Einen ähnlichen Fall führt Petersen an, der sich mit der Bezeichnung „Syphilis haemorrhagica neonatorum" nicht einverstanden erklärt. Bei diesem Falle fanden sich außer Nabelblutungen auch Hautekchymosen, blutiger Stuhl und Urin. Das Kind ging an diesen Blutungen zugrunde. Die Sektion ergab eine septische Thrombose der Umbilikalvene, die zu Lungenembolien und dadurch

zu hämorrhagischen Infarkten geführt hatte. Die Organismen, die in dem großen Kreislauf weitergeführt waren, hatten wegen ihrer deletären Einwirkung auf die Gefäßwände zahlreiche Blutungen in der Haut und anderen Stellen verursacht. Petersen neigt also zu der Ansicht, daß der Grund für derartige Blutungen mehr in einer septischen als in einer syphilitischen Infektion zu suchen ist. Auch Fischl widerspricht der vorher erwähnten Bezeichnung. Vor allem bestreitet er, daß in allen in diese Rubrik zu rechnenden Fällen Gefäßveränderungen nachweisbar und in ihnen die Blutungen hereditär-syphilitischer Kinder zu erklären seien. Er hat in sieben von ihm untersuchten Fällen normalen Gefäßbau gefunden und weiß für das Zustandekommen dieser Blutungen einen Grund nicht anzugeben. Auf Grund seiner Untersuchungen hält er den Namen „Syphilis haemorrhagica“ für unbegründet und empfiehlt, hierfür von einer „Neigung hereditär-syphilitischer Kinder zu Blutungen“ oder von einer „hämorrhagischen Diathese“ zu sprechen. Doch steht er mit seiner Ansicht, daß Gefäßveränderungen nicht die Ursache für derartige Blutungen bilden, ziemlich vereinzelt da. Rodolfo Stanziale weist sogar nach, daß es infolge von Syphilis zur vollständigen Nekrose und zur Zerreißung sämtlicher Schichten der Gefäßwand kommen kann. Piccardi, der seinen Untersuchungen den obenerwähnten Fall eines 38jährigen Mannes zugrunde legt, hat sich ebenfalls bemüht, die Ursache der Blutungen Syphilitischer zu ergründen. Auf Grund seiner mühsamen Untersuchungen kommt er zu folgender Ansicht:

„1. Neben den makulösen, papulösen, pustulösen, ulzerösen usw. Hautsyphiliden muß man ein sekundäres hämorrhagisches Hautsyphilid zugeben, welches durch klinische Symptome und eine besondere histologische Struktur gekennzeichnet ist.

2. Dieses Hautsyphilid zeigt sich vornehmlich an solchen Stellen, wo Zirkulationsstörungen präexistieren.

3. Dasselbe wird durch einen kleinzelligen Infiltrationsprozeß der Gefäße, des Derma und des Hyperderma und des ihnen benachbarten Gewebes hervorgebracht, welches den Austritt des Blutes mit all seinen Bestandteilen zur Folge hat, sei es durch Wanderung der Blutelemente durch die degenerierten Gefäßwände, sei es durch Zerreißen der schwerveränderten Kapillaren.“

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Stabsarzt Dr. Roscher für die Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Geheimrat Lesser und Herrn Geheimrat Ziehen für Überlassung der Fälle meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Aimar: Le progrès méd. 1888, Nr. 47.

v. Bärensprung: Die hereditäre Syphilis, S. 34.

Behrend: Über Syphilis haemorrhagica neonatorum. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Nr. 84, S. 57.

Behrend: Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, Jahrgang 1878, S. 509.

Behrend: Zur Lehre von der hereditären Syphilis. (Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 31. X. 1877).

Deahna: Archiv für Dermatologie und Syphilis, Nr. 80, S. 415.

De Luca: Virchow-Hirsch 1886, S. 556 II.

Fischl: Zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese hereditärsyphilitischer Neugeborenen mit besonderer Rücksicht auf das Verhalten der kleinen Gefäße. Archiv für Kinderheilkunde 1887, Bd. VIII.

Lang: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.

Mraček: Syphilis haemorrhagica neonatorum. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1887.

Petersen: Syphilis haemorrhagica neonatorum. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1883.

Piccardi: Syphiloderma haemorrhagicum adultorum. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1899.

Schütz: Prager med. Wochenschrift, Nr. 78.

Stanziale: Ricerche istologiche sulle alterazioni luetiche delle Arterie cerebrali. Ann. di Neurol. f. 1—3, 1893.

Thesen.

I.

Syphilis ist imstande, eine hämorrhagische Diathese hervorzurufen.

II.

Die akute Gonorrhöe wird am besten im Krankenhaus behandelt; die ambulante Behandlungsmethode ist verwerflich.

III.

Auch Fälle von Hypomelancholie bedürfen der Anstaltsbehandlung.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Otto Sichting, evangelischer Konfession, Sohn des Generaloberarztes a. D. Dr. med. Sichting in Breslau, wurde am 1. VIII. 1881 zu Wahlstatt, Kreis Liegnitz geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Züllichau und dem Stadtgymnasium in Halle a. S., welches er im Herbst 1901 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Am 21. Oktober 1901 wurde er an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen immatrikuliert. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April 1902 bis 1. Oktober 1902 bei der 7. Kompagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuß. Am 5. Juni 1906 bestand er die ärztliche Vorprüfung, im Herbst 1906 wurde er exmatrikuliert und am 1. Oktober 1906 zum Unterarzt beim 5. Lothringischen Infanterie-Regiment Nr. 144 ernannt und ein Jahr in die Königliche Charité kommandiert. Am 19. II. 1908 erhielt er die Approbation als Arzt. Am 21. IV. 1908 wurde er durch A. K. O. zum Assistenzarzt befördert und in das 1. Lothringische Feld-Artillerie-Regiment Nr. 33 versetzt.

Während seiner Studienzeit besuchte der Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Beitzke, von Bergmann †, Bernhardt, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, Fränkel, Frey, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, A. Köhler, Kraus, Krause, Lesser, v. Leyden, Liebreich †, von Michel, Olshausen, Orth, Passow, Posner, Rubner, Schulz, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Während seines Kommandos zur Kgl. Charité war Verfasser auf den Kliniken folgender Herren beschäftigt: Geheimrat Bumm, Professor Greeff, Geheimrat Heubner, Geheimrat Exzellenz v. Leyden.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.